



Psicodiagnóstico desde una perspectiva de salud mental comunitaria

Psychodiagnostic from a community mental health perspective

Adonia Kimberly Guerrero Gaibor

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador

adoniaguerrero-23@hotmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3279-0759>

Nancy Melina Cuenca Vines

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador

melina_cuenvins@hotmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9975-6865>

Victoriano Camas Baena

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador

vcamas.cri@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7110-0429>

Recibido/Received: 18/12/2017

Aceptado/Accepted: 27/03/2018

RESUMEN:

Este artículo tiene como objetivo realizar un análisis del proceso psicodiagnóstico que se lleva a cabo en los centros de atención en salud de la ciudad de Manta, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria. Para esta investigación se utilizó una muestra de 60 casos clínicos atendidos por los estudiantes del último año de prácticas de la facultad de psicología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí (ULEAM). También se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 3 profesionales en contacto con los servicios de salud y 1 estudiante de octavo semestre de la facultad de psicología. Los resultados obtenidos indican que en los centros de salud se utiliza un modelo de atención (evaluación, diagnóstico y tratamiento) individualista, proveniente de los modelos biomédico y de atributos. Como consecuencia de esto, el proceso psicodiagnóstico se vuelve reduccionista, dejando fuera aspectos importantes como el contexto social y familiar. De esta manera, el presente trabajo pretende fortalecer las debilidades que actualmente se presentan en la atención psicológica, específicamente, en el proceso psicodiagnóstico que se realiza en las instituciones de salud pública de la ciudad.

Palabras clave: atención psicológica; modelo biomédico; modelo de atributos; salud mental comunitaria; proceso psicodiagnóstico.

ABSTRACT:

This article aims to perform an analysis of the psychodiagnostic process that takes place in the health care centers of the city of Manta, from the perspective of community mental health. For this research, a sample of 60 clinical cases attended by students of the last year of practices of the faculty of psychology of the Laica University "Eloy Alfaro" of Manabí (ULEAM) was used. Semi-structured interviews were also conducted with 3 professionals in contact with health services and 1 eighth-semester student of the psychology faculty. The results obtained indicate that an individualistic care model (evaluation, diagnosis and treatment) is used in the health centers, coming from the biomedical and attribute models. As a consequence of this, the psychodiagnostic process becomes reductionist, leaving out important aspects such as the social and family context. In this way, this work aims to strengthen the weaknesses that are currently present in psychological care, specifically, in the psychodiagnostic process that takes place in the public health institutions of the city.

Keywords: psychological attention; biomedical model; attributes model; community mental health; psychodiagnostic process.

1. Introducción

Actualmente, la salud mental ha ganado terreno dentro del panorama general de la salud; de acuerdo a las cifras mundiales, la prevalencia de los trastornos mentales continúa en aumento, a saber: la depresión (300 millones de personas), el trastorno afectivo bipolar (60 millones de personas) y la esquizofrenia (21 millones de personas), son las psicopatologías con mayor prevalencia a nivel mundial, afectando en conjunto a más de 921 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Debido a estas cifras, la importancia e implicación que tiene la salud mental en las distintas esferas personales es reconocida y divulgada a nivel mundial y regional por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de Salud (OPS), respectivamente. De esta forma, las guías que aportan estas grandes organizaciones constituyen, para los gobiernos nacionales, los principales referentes a considerar en la elaboración de políticas y modelos para el abordaje de los temas de salud mental.

A raíz de esto, en Ecuador se ha venido implementando un sistema de salud que recoge estos aportes en un modelo de atención integral de salud (MAIS, 2012), cuyos cambios principales se orientan a incorporar un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural desde donde se pueda dar una respuesta más efectiva a los problemas de salud, en los cuales se enmarcan también los problemas de salud mental.

No obstante, dado que el Sistema Nacional de Salud durante varias décadas se caracterizó por estar centralizado y fragmentado en el abastecimiento de servicios de salud pública, y en el que principalmente prevaleció de forma aceptada un enfoque biologicista, centrado en la enfermedad (MAIS, 2012), son evidentes las dificultades que existen actualmente en la aplicación del modelo integral de salud producto de este legado que aún persiste.

De esta forma, en el escenario de América Latina aún existen muchos problemas en los servicios de salud mental, los cuales tienen una estructura que no se corresponde con las necesidades de la población y cuya acción principal sigue siendo la de atención a la enfermedad (Rodríguez, 2007). Como resultado, los servicios de atención psicológica llegan a tener un bajo impacto dentro de las problemáticas sociales existentes, las cuales ameritan una visión y atención más integral.

El modelo de salud mental comunitaria, el cual guarda relación con el enfoque integral, fomenta el empoderamiento de las personas con respecto a su salud. De esta forma, considera un abordaje más allá de la elaboración de diagnósticos clínicos enfocados en la identificación de cuadros psicopatológicos (Olvera, 2017) y busca, como prioridad, dirigir su accionar hacia la promoción de la salud mental, destinada a prestar una atención que abarque los ámbitos de relación de la persona, los cuales van desde lo individual hasta lo comunitario (Moras y Caballero, 2016).

2. Fundamentación teórica

En cuanto al psicodiagnóstico, varios conceptos dan cuenta de un proceso que ha estado respaldado por un modelo objetivo científico, el cual se identifica con el estudio observable del comportamiento del sujeto en evaluación (Fernández Ballesteros, 1980, citado por Ledesma y Ballesteros, 2004).

Por otro lado, también hay posturas que hacen énfasis en lograr un acercamiento con la persona evaluada, teniendo una visión más dinámica del examinado, cuidando comprender e integrar los elementos parciales de éste (Cabrera y López, 2007). De esta manera, los objetivos del proceso psicodiagnóstico varían para cada autor o profesional, lo cual resultaría claro concluir que el enfoque teórico, con sus procedimientos y herramientas específicas, fundamenta teórica y metodológicamente tanto el proceso psicodiagnóstico, como el proceso de tratamiento (Siquier et al, 2003).

Por otra parte, la OMS plantea como recurso la confección de un manual de clasificación diagnóstica, es decir, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Específicamente para las enfermedades mentales, este manual asigna la codificación “F”.

A su vez, hace otra diferenciación entre los diagnósticos de morbilidad (F) y los que presentan una circunstancia diferente a la enfermedad o trastorno, llamados también, diagnósticos “situacionales”; éstos últimos los registra con código “Z” (CIE-10, 1992). Es preciso indicar que la CIE-10 es el manual diagnóstico que mayoritariamente han utilizado los estudiantes de prácticas de la facultad de psicología para abordar los diversos casos que se han atendido.

De igual manera, se considera necesario aclarar que varios de los casos atendidos que no han sido diagnosticados dentro de la categoría “F” o “Z”, han sido agrupados dentro de la categoría “otros casos que pueden ser objeto de atención clínica”, ya que, si bien no presentan un determinado cuadro psicopatológico, son casos que requieren de atención psicológica.

2.1 Modelo biomédico

El modelo biomédico aparece como principal referente teórico y metodológico para la atención en salud a nivel general; sus postulados fundamentales datan del periodo de la Ilustración y constituyen la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes. Así, centra su atención en el estudio de la enfermedad o trastornos orgánicos, pues considera que las causas de las alteraciones son exclusivamente biológicas, por tanto, sus explicaciones se reducen a este elemento estructural (Troiteir, 2015).

A partir de aquí, la psiquiatría, por extensión de este modelo, divide las conductas o manifestaciones en sanas y enfermas mediante signos y síntomas, siguiendo el precepto de que la enfermedad evoluciona, pero no tiene historia; es decir, que ante todo, la enfermedad es un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico (Menéndez, 1988).

Sin embargo, a partir de las discrepancias sobre un mismo grupo de síntomas, resultó necesario establecer sistemas de clasificación psiquiátrica que describieran entidades nosológicas con criterios diagnósticos claros, lo cual facilitó la comunicación profesional entre médicos afines a esta especialidad, así como también, la investigación en psicofármacos y factores etiológicos asociados a los cuadros psicopatológicos.

En ese momento, los psicólogos compartieron una identidad profesional apoyada en este modelo clínico (David et al., 2016), a tal punto, que en las instituciones de salud pública deben utilizar estos manuales de origen médico y centrado en un aspecto del individuo para realizar el psicodiagnóstico.

2.2 Modelo de atributos

Desde una perspectiva histórica, este modelo surge a partir de varias concepciones, entre ellas, una de las principales es la denominación de la psicología como una ciencia cuantitativa, aplicable a cosas y eventos no reales, que se pueden considerar como indicadores de entidades psíquicas (Bazán, 2004).

El modelo de atributos procede de la influencia de la psicología diferencial, la cual resalta el énfasis en las diferencias individuales que están dadas por atributos intrapsíquicos como: habilidades, aptitudes, carácter, intereses, entre otros. La relación entre estos atributos y las manifestaciones externas, permiten identificar rasgos, que van a adquirir un valor explicativo que pueda fundamentar el estudio realizado (González, 2007).

“Los instrumentos de medición psicológica necesitan demostrar su utilidad y validez científica” (Martínez, 1996, citado por Aragón, 2004, p. 7), es así que este modelo requiere de un procedimiento mucho más objetivo, que, a partir de dichas variables individuales, sea capaz el evaluador de ubicar al sujeto dentro de una determinada categoría, dependiendo del área o motivo evaluado.

Por este hecho, durante la última década del pasado siglo, este modelo comenzó a recibir críticas desde el ámbito escolar, donde el diagnóstico clasificatorio ubicaba al niño en una categoría patológica o disfuncional, culpándole por el hecho de presentar dificultades para aprender (Carnielo, 2015).

2.3 Modelo de salud mental comunitaria

Esta investigación recoge los aportes de la escuela salubrista del Ecuador como uno de los referentes teóricos del modelo de salud mental comunitaria. En esta agrupación de salubristas, se defiende la importancia de ampliar la visión con la cual se concibe actualmente la salud, proponiendo un enfoque de Salud Colectiva (Granda, 2009).

Esta perspectiva “permite la ampliación del horizonte de visibilidad de nuestro objeto de estudio, integrando, al mismo tiempo, la historia en su real dimensión, la heterogénea realidad estructural como determinante fundamental y la dinámica social como eje de interpretación” (Granda, 2009, p. 55).

De este modo, al abordar la salud como un problema colectivo, se entiende que los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad, así mismo, éstos no se generan ni se expanden poblacionalmente en un grupo, familia o espacio individual, sino que se producen y se extienden en toda una sociedad (Breilh, 2010).

Partiendo de estas posturas, se considera importante y necesario plantear una noción interpretativa que permita trascender la visión lineal y reduccionista de la salud como un efecto mórbido de causas aisladas, lo cual refleja la necesidad de comprender la salud en su complejidad.

La salud mental comunitaria (SMC) surge durante los años sesenta del siglo XX en E.E.U.U, donde, a partir de la Gran Depresión (crisis económica mundial), emerge la propuesta de cambios a nivel de sanidad y atención social, donde, se procuraba, principalmente, una atención de un presupuesto más accesible para el gobierno y que, aquellos que padecían de enfermedades mentales crónicas, no estuviesen destinados a vivir en hospitales psiquiátricos “manicomios”, sino que, por el contrario, fueran capaces de recibir una atención digna e integrada en la sociedad.

Es así que, a partir de esta propuesta inicial, se empieza cada vez más a considerar la participación de un modelo de salud pública, que pueda proyectarse en la comunidad, produciendo así cambios positivos en ésta, con el fin de considerar aquellos factores predisponentes a desarrollar estilos de vida no saludables (Desviat y Moreno, 2012).

Por otro lado, se evidenciaba cada vez más el creciente aumento de enfermedades mentales, provocando así un alto grado de malestar individual y social (Rodríguez, 2007). Actualmente, en nuestro contexto, este malestar social e individual se mantiene en aumento, y cada vez se manifiesta más la necesidad de un enfoque integrador.

El modelo de salud mental comunitaria trabaja en base a la problemática de la comunidad, por lo que es activa la participación social e incorpora el componente salud mental en la atención primaria de salud, priorizando la prevención de psicopatologías/problemas psicosociales y la promoción de salud mental. Así lo pone de manifiesto nuestro informante número cuatro, cuando describe algunos de los elementos centrales del modelo de SMC:

Nos manejamos desde la salud mental comunitaria porque acá hemos logrado captar muchísimos más pacientes, ya que los chicos de primer nivel que están en los centros de salud son médicos generales, médicos familiares y llegan a la casa del paciente, entonces ahora ya el paciente no viene donde nosotros, nosotros ya vamos donde el paciente, y eso ha permitido que muchas personas sean tratadas sin tener que ir a un hospital.

(Entrevista n°4)

De acuerdo con Monteros, este modelo se caracteriza por ocuparse de fenómenos psicosociales, sin dejar de lado el contexto sociocultural en el que surgen, así también, busca que la comunidad tenga el control sobre los procesos que le afectan (Monteros, 2004). De esta manera, pretende que los actores de la comunidad, que son quienes conocen y conviven con las dificultades en su contexto, sean capaces de participar en su proceso de cambio y trabajo comunitario.

La salud mental, como parte de un producto histórico, surge de un proceso propio y particular, según determinadas variables políticas, económicas y culturales, y sufren transformaciones en cada contexto (Ferro, 2010). Es así que, si de promoción de salud mental se trata, son varios los factores que se deben de considerar.

Estos factores comprenden: “los poderes del estado; los poderes económico-productivos; los poderes gremiales; los poderes de la gente” (Saforcada, 2012, p. 17); ya que, en un determinado contexto, una variable socioeconómica en conjunto, por ejemplo, con una determinada posición ideológica de la comunidad, puede devenir como factor de riesgo, o bien, como factor de protección.

De esta manera, el procedimiento que se lleva a cabo para realizar el diagnóstico comunitario debe tomar en cuenta un gran grupo de factores de corte individual, ambiental, histórico, social y cultural; motivo por el cual, este proceso consta de tres tipos de diagnóstico, los cuales permitirán la recolección necesaria de los datos de la población para obtener un panorama más específico del diagnóstico de la comunidad.

Según la OPS, el diagnóstico comunitario consta de tres tipos; diagnóstico descriptivo, analítico y mixto. El diagnóstico descriptivo, permite medir la prevalencia o incidencia de un aspecto dado de la salud en la comunidad; mientras que el diagnóstico analítico, busca asociaciones existentes entre las distintas variables en estudio. Por último, el diagnóstico mixto, es el empleo de los dos primeros, es decir que toma en cuenta elementos tanto descriptivo como analíticos (OPS, 1992, p. 21).

Por lo antes mencionado, se considera que el modelo de salud mental comunitaria aporta numerosas herramientas que pueden servir para transformar el psicodiagnóstico que se lleva a cabo actualmente por un proceso integral que incluya los componentes de relación de la persona (individuo, grupo-familia, comunidad-sociedad).

Para esto es necesario realizar un diagnóstico familiar-grupal y social-comunitario integrado al diagnóstico individual, con la finalidad de tener una perspectiva más amplia de la persona atendida, posibilitando identificar factores desencadenantes, de protección y riesgo en las dimensiones antes señaladas. De esto resultará un proceso psicodiagnóstico más acertado que, a su vez, servirá también de guía para dirigir acciones de intervención más acordes a las necesidades presentes.

3. Metodología

Este estudio abarcó un periodo de 9 meses y se empleó un enfoque mixto cualitativo-cuantitativo, con la finalidad de dar un mayor alcance y profundidad a la investigación. La muestra utilizada comprendió un total de 60 casos clínicos atendidos en diferentes centros de salud de la ciudad de Manta, por estudiantes del último año de la Facultad de Psicología de la ULEAM.

De acuerdo con la dirección distrital de salud en Manabí, la ciudad de Manta cuenta con 16 centros de salud, de estos, los casos de la muestra obtenida pertenecen a 13 centros y se distribuyen de la siguiente forma:

Gráfico 1. Centros de salud donde se atendieron los casos.

Centro de salud	Número de casos atendidos
Hospital Rodríguez Zambrano	5
Centro de Salud Manta	9
San Juan	3
María Auxiliadora	5
20 de Mayo	6
Cuba Libre	4
Los Esteros	4
Las Cumbres	3
Urbirrios	5
Altamira	3
San Pedro	4
Divino Niño	3
24 de Mayo	6
TOTAL	60

Fuente: Elaboración propia

Estos casos sirvieron de base para la recolección de datos, lo que permitió determinar cuantitativamente el psicodiagnóstico predominante y establecer una clasificación entre: diagnósticos psicopatológicos y situacionales; género y edades que prevalecen dentro de estas categorías.

A su vez, la técnica de análisis de contenido, aplicada a los casos, permitió identificar los factores a nivel individual, grupal-familiar y social-comunitario, asociados a los cuadros psicopatológicos y situacionales. Mediante otras técnicas de enfoque cualitativo como la observación participante y entrevistas semi estructuradas, se detectó y caracterizó elementos importantes presentes en el proceso psicodiagnóstico que se realiza actualmente en los centros de salud.

En un periodo de 4 meses de prácticas preprofesionales se efectuaron 2 observaciones. Una tuvo lugar en un hospital general y la otra en un centro de atención primaria en salud. En ese

lapso se observó el proceso de atención psicológica (evaluación, diagnóstico y tratamiento) llevado a cabo por los psicólogos funcionarios de las instituciones.

Para este trabajo se ha tomado en cuenta las conclusiones de la observación participante empleada durante nuestro periodo de prácticas, en tanto pudo brindarnos información detallada y veraz acerca del procedimiento a seguir en salud pública en el escenario natural del proceso.

Por otra parte, se aplicaron 4 entrevistas semiestructuradas: 3 a profesionales (2 psicólogos clínicos y 1 psiquiatra) insertados en instituciones del Ministerio de Salud Pública (MSP); y 1 entrevista a un estudiante de octavo semestre de la Facultad de Psicología de la ULEAM.

Los profesionales fueron seleccionados en función de la labor que realizan afín con la atención en salud mental, tomando en cuenta además la experiencia que acumulan en este ámbito, mientras que la entrevista al alumno tuvo la finalidad de conocer su percepción y la de la academia sobre cómo llevar a cabo el proceso de atención psicológica, pudiendo contrastar, posteriormente, esta información con la receptada por los funcionarios del MSP.

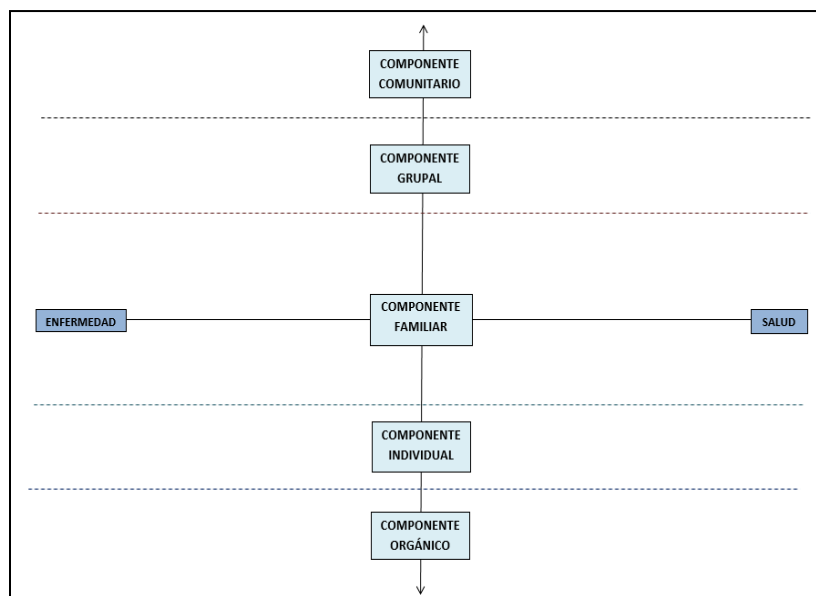
Las entrevistas se realizaron con el objetivo de obtener reflexiones y opiniones argumentadas en base al ejercicio profesional, las cuales permitieron establecer indicadores específicos sobre el psicodiagnóstico y la atención en general que se presta en las entidades de salud pública. No obstante, en este artículo sólo se detallan los resultados derivados del análisis del proceso psicodiagnóstico reflejado en los casos clínicos.

4. Resultados

Se ha elaborado un eje de análisis para ubicar gráficamente los 60 casos clínicos; esta representación, con base en los aportes del modelo de salud mental comunitaria, abarca dos ejes estructurales, uno vertical que considera cinco componentes: comunitario, grupal, familiar, individual y orgánico; y un eje horizontal, que considera a los elementos de salud y enfermedad.

Para la ubicación de los distintos códigos se tomó en cuenta el componente (comunitario, grupal, familiar, individual y orgánico) principal que subyace al diagnóstico y, considerando este criterio, se planteó si la ubicación de los casos tendía más hacia la salud o la enfermedad, contemplando la gravedad o nivel de afectación sintomática de cada dimensión.

Gráfico 2. Eje de análisis por componentes



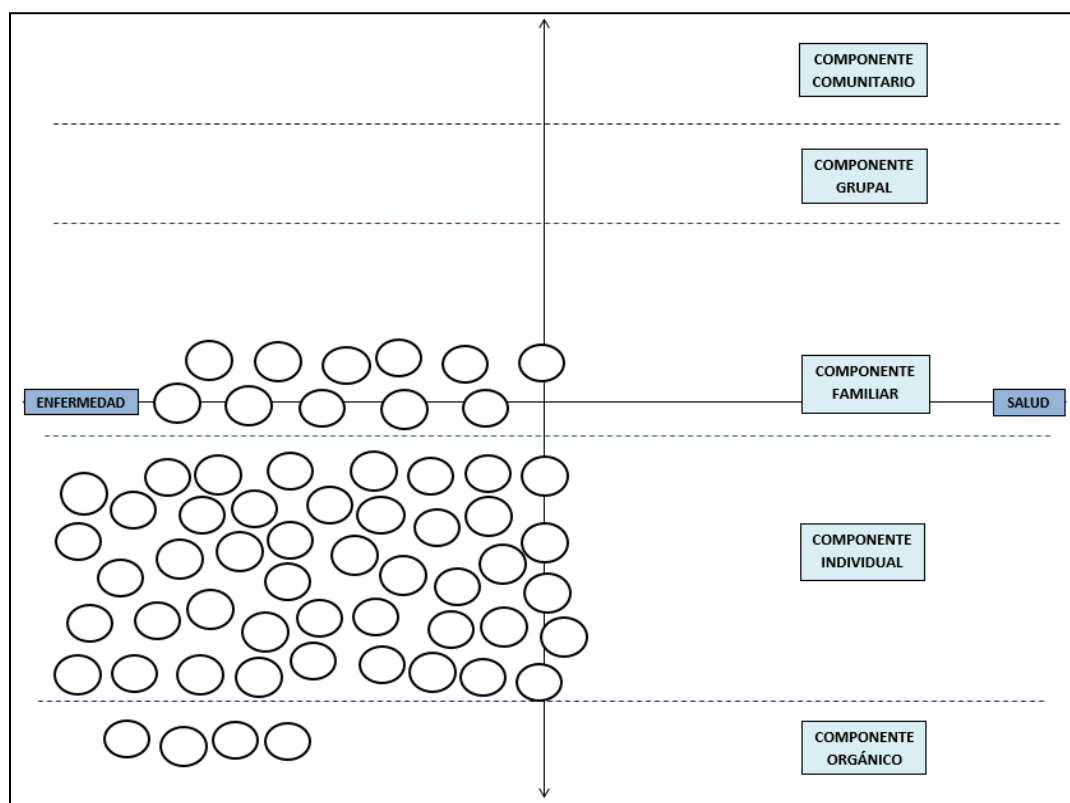
Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar que cuando se menciona el componente que subyace al diagnóstico, se hace referencia a problemas psicosociales o psicopatologías que pueden desencadenarse por alguno de estos ambientes: orgánico, individual, familiar, grupal o comunitario.

En este sentido, si la sintomatología fue de origen orgánico o individual, se agruparon en estos niveles debidamente; si fueron de origen familiar-grupal o comunitario, se ubicaron en estas áreas, dado que se presentan como generadoras de un ambiente patológico o problemático.

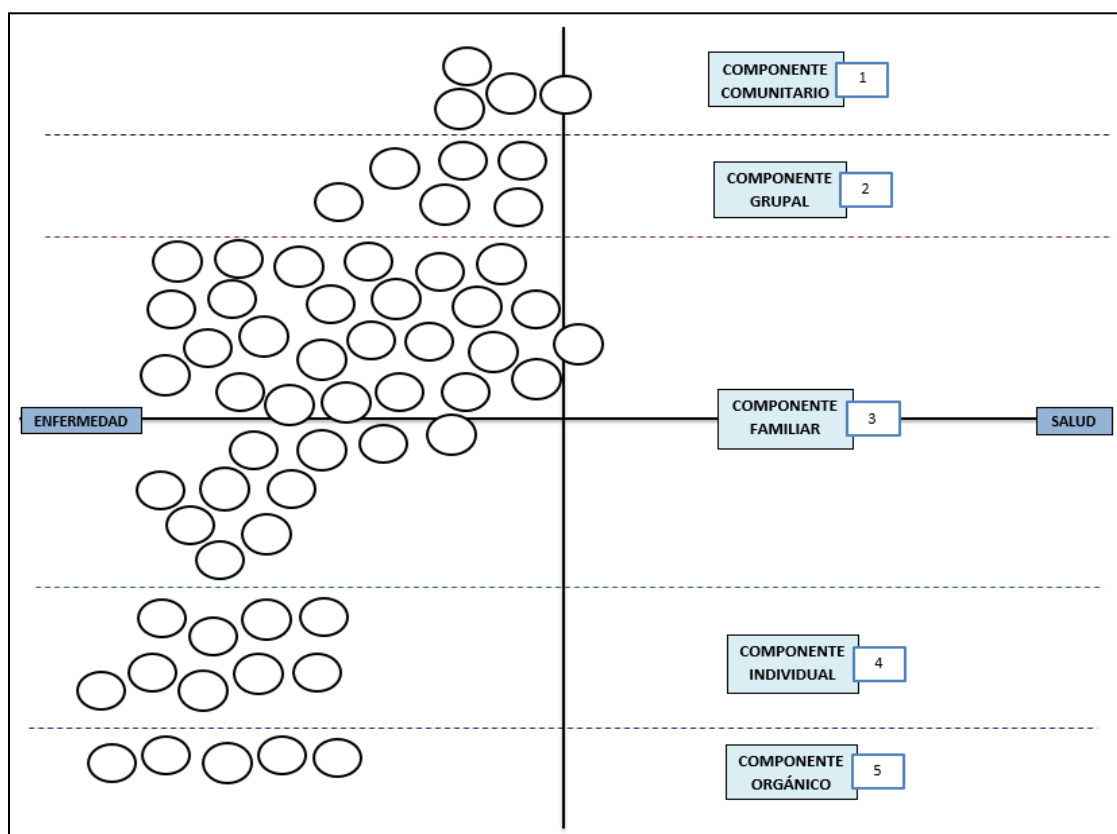
A continuación, en el gráfico 3, se presentan los casos agrupados tal y como originalmente fueron atendidos y evaluados, es decir, desde una dimensión individual centrada en la psicopatología, sin la consideración del componente (orgánico, individual, familiar, grupal o comunitario) que subyace a la psicopatología/problemática psicosocial.

Gráfico 3. Eje de análisis: casos ubicados según el componente evaluado y atendido.



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede observar que 45 casos han sido atendidos y tratados como psicopatológicos, sin tomar en cuenta los componentes familiar, grupal y comunitario en el paciente; 11 casos han sido atendidos y tratados considerando el área familiar, y 4 casos pertenecen a psicopatologías de base orgánica. Una vez realizada la revisión de cada una de las historias clínicas, e identificado cuál es el componente que se relaciona a la problemática psicosocial o psicopatología, se procedió a agruparlos de la siguiente manera:

Gráfico 4. Ubicación de los casos en los componentes de acuerdo al análisis.

Fuente: Elaboración propia

1. Componente comunitario: los casos ubicados en esta categoría presentan conflictos significativos dentro de un contexto comunitario, donde las problemáticas que inciden son de tipo ambiental.
2. Componente grupal: dentro de este ámbito se han agrupado aquellos casos que, aun habiendo sido diagnosticados con codificación “F”, reflejaron problemáticas significativas en este nivel.
3. Componente familiar: en esta categoría están ubicados todos los casos que presentan problemáticas de base familiar, siendo atendidos la mayoría desde el ámbito individual, sin considerar que la gran parte de esta población pertenece a niños y adolescentes.
4. Componente individual: en este componente se han ubicado todos aquellos casos en los que las implicaciones psicopatológicas priman netamente a nivel individual.
5. Componente orgánico: en este nivel se encuentran los casos que presentaron psicopatologías de base orgánica.

Como se aprecia, el mayor número de casos, a nivel general, se ubica dentro del espacio que corresponde al componente familiar, esto quiere decir que este componente, en lugar de ser un factor de protección, se presenta como un factor de riesgo y de alta vulnerabilidad para la predisposición de una problemática psicosocial que, por consecuencia, puede desencadenar una psicopatología.

De esta manera, se ha identificado a este factor como potencialmente de riesgo, a partir de la revisión de los distintos casos clínicos, en los cuales se evidencia un alto índice de abandono familiar y emocional, ruptura familiar por separación o divorcio y violencia conyugal.

La revisión de los casos reflejó, además, el uso del modelo biomédico para evaluar y diagnosticar, dejando de lado el componente familiar, el cual, como se observa en el eje de análisis, es el factor de base que tienen en común la mayoría de los diagnósticos. Debido a esta limitación, la atención en salud mental se suele enfocar en la disminución del síntoma, siendo ésta una de las razones por las cuales se incrementa el número de casos atendidos en los centros de salud y problemas psicosociales en la comunidad.

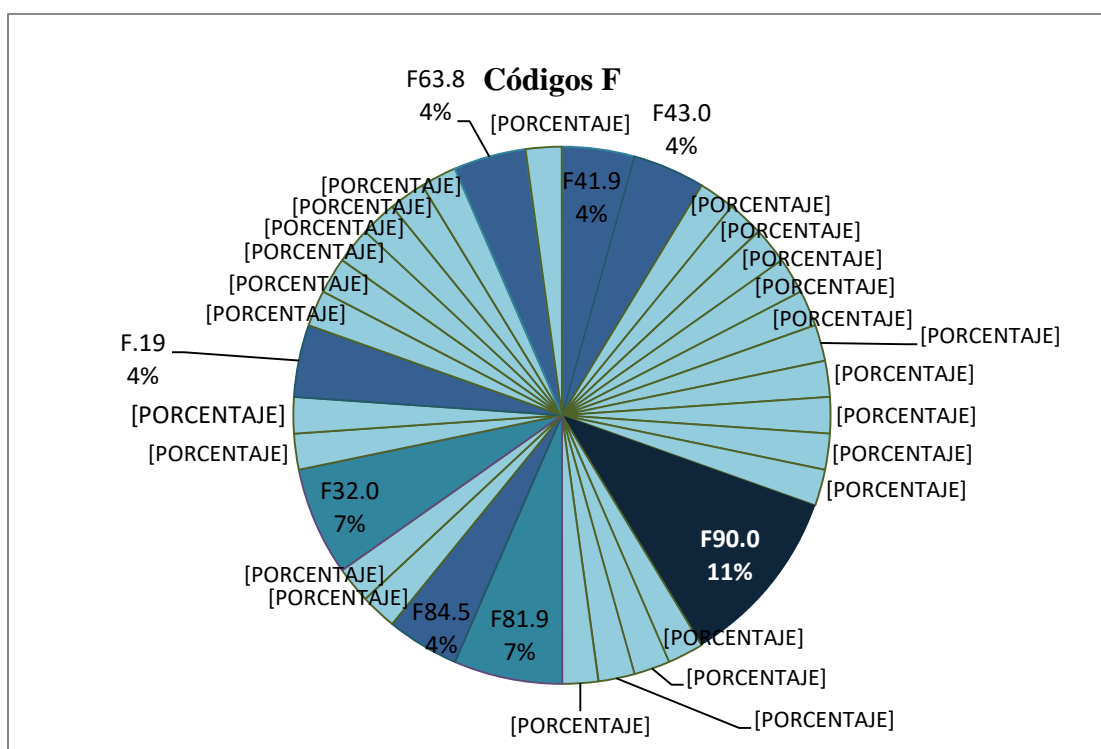
A partir de esto, se considera necesario un modelo de atención (evaluación, diagnóstico y tratamiento) que abarque los aspectos individuales, grupal-familiares y comunitarios; en este punto, a partir del análisis, se evidencia que un 25% de casos con codificación F, presentan dificultades en el área familiar, lo cual nos lleva a concluir que la mayoría de estos diagnósticos están más cercanos a una problemática psicosocial que a un trastorno psicopatológico.

4.1 Casos con codificación F

Con una población total de 46 casos con codificación F, se muestra con un mayor porcentaje (11%) el código F90.0, correspondiente al trastorno de la actividad y la atención; le siguen los códigos F81.9 (trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar no especificado) y F32.0 (episodio depresivo leve), con un porcentaje de 7%.

Continúan los códigos F19 (trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas), F63.8 (trastorno explosivo intermitente), F41.9 (trastorno de ansiedad sin especificación), F43.0 (reacción al estrés agudo) y F84.5 (síndrome de Asperger), con un porcentaje de 4%, por último, la población restante corresponde al 2%.

Gráfico 5. Agrupación de casos con codificación “F” por porcentajes



Fuente: Elaboración propia

Del total de esta población con diagnósticos psicopatológicos, se identifica que la mayoría de los casos pertenecen al grupo de edades de entre 5 a 9 y 10 a 15 años, es decir que, de 46 casos, 24 representan a la población de niños y adolescentes.

Gráfico 6. Edades de población diagnosticada con codificación

Género	1 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 +
Hombre	0	11	8	1	3	2	3	2
Mujer	0	0	5	2	2	3	2	2
TOTAL	0	11	13	3	5	5	5	4

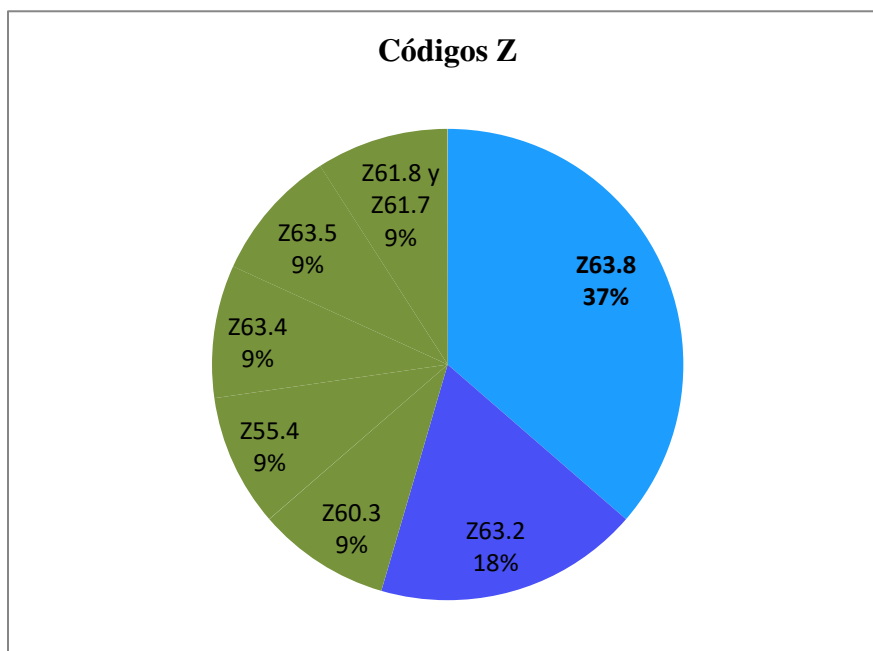
Fuente: Elaboración propia

4.2 Casos con codificación Z

Con una población total de 11 casos con codificación Z, se muestra con un mayor porcentaje (37%) el código Z63.8, correspondiente a otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo; le sigue el código Z63.2 (problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado), con un porcentaje de 18%.

Continúan los códigos Z60.3 (problemas relacionados con la adaptación cultural), Z55.4 (problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros y compañeros), Z63.4 (problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia), Z63.5 (problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio) y Z61.8 (problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia) con un 9 %.

Gráfico 7. Agrupación de casos con codificación “Z” por porcentajes



Fuente: Elaboración propia

Vemos así que, dentro de los casos codificados como “Z” (factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios), la población más afectada por problemas

psicosociales pertenece al rango de edades de entre 5 a 9 años, representante de la población de niños; seguida por la población neta de adolescentes entre 16 a 20 años.

Gráfico 8. Edades de población diagnosticada con codificación Z

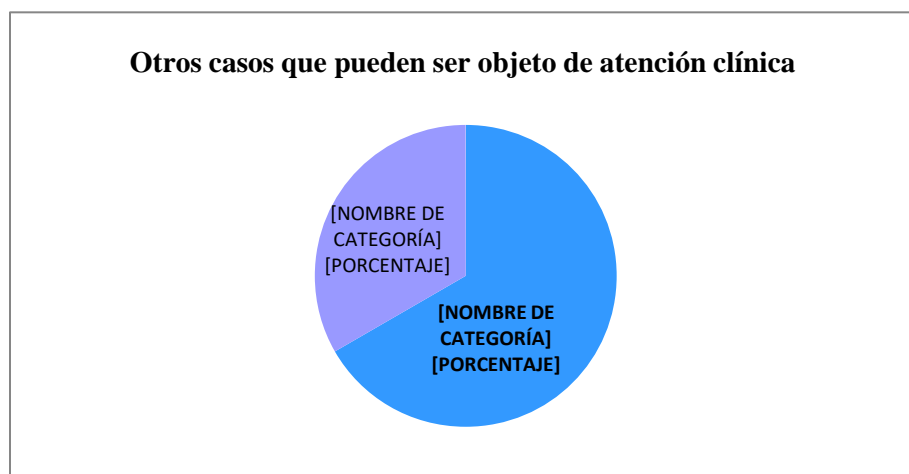
Género	1 a 4	5 a 9	10 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 +
Hombre	0	3	2	1	0	0	0	0
Mujer	1	1	0	2	0	0	1	0
TOTAL	1	4	2	3	0	0	1	0

Fuente: Elaboración propia

4.3 Otros casos que pueden ser objeto de atención clínica

Con una población total de 3 casos clasificados como otros casos que pueden ser objeto de atención clínica, se muestra con un 67% la problemática de violencia, y con un 33% problemas de conducta. Cabe destacar que estos términos diagnósticos aparecen aquí tal como se redactaron en las historias clínicas.

Gráfico 9. Agrupación de otros casos que pueden ser objeto de atención clínica por porcentajes.



Fuente: Elaboración propia

5. Discusión

Una de las principales limitaciones para que se pueda desarrollar en nuestro contexto un modelo de atención integral, son las barreras institucionales que integran el predominio del modelo biomédico en el campo de la salud mental. (Cea, 2015). Lo que significa que sigue habiendo mucha resistencia para ejecutar lo que señalan las normativas vigentes en el país (MAIS, Política Nacional de Salud Mental).

Por otro lado, se estima importante expandir el número de la muestra y los lugares de aplicación en próximas investigaciones, con la finalidad de observar las variaciones por sectores e identificar otros elementos que puedan estar relacionados con la salud de la población.

Así también, favorecería a seguir promoviendo la aplicación del modelo de salud mental comunitaria y desarrollar a futuro un modelo de psicodiagnóstico integral en base a las necesidades de las comunidades que un estudio más extenso y profundo posibilitaría reflejar.

6. Conclusiones y recomendaciones

La investigación revela que, de haberse aplicado un modelo de psicodiagnóstico integral, muchos de los casos diagnosticados con códigos F hubieran pasado a ser códigos Z, dado la gran incidencia que tiene el ambiente social en la mayoría de las problemáticas que se atienden en los servicios de salud.

El ambiente familiar, en lugar de ser un factor de protección, se presenta como un factor de riesgo y de alta vulnerabilidad para la predisposición de una problemática psicosocial que, por consecuencia, puede desencadenar una psicopatología; se evidenció un alto índice de abandono familiar y emocional, ruptura familiar por separación o divorcio y violencia conyugal.

El psicodiagnóstico se muestra como un proceso aislado que poco influye sobre los demás elementos que conforman la atención en salud mental; no se destina tiempo suficiente a su elaboración y, en la mayoría de los casos, se basa únicamente en la aplicación de test psicológicos.

Por otra parte, se recomienda incorporar al servicio de salud mental pública un modelo de psicodiagnóstico integral que tome en cuenta los componentes de relación del sujeto; para esto, además del diagnóstico individual, es necesario realizar un diagnóstico familiar-grupal y comunitario, con la finalidad de tener mayor claridad sobre la situación problema de la persona.

7. Referencias bibliográficas

- Aragón, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/Art3-2005-1.pdf
- Bazán, J. (2004). Introducción al modelo psicométrico de la teoría clásica de los tests parte 1. *Departamento Académico de Ciencias*, 18(35/36), 80-107. Recuperado de revistas.pucp.edu.pe/index.php/promathematica/article/download/10221/10666
- Breilh, J. (2010). *10 Tesis Hacia una Visión Crítica de la Determinación Social de la Vida y la Salud*. Recuperado de: bibliots.trabajosocial.unlp.edu.ar/meran/getDocument.pl?id=562
- Cabrera, Y., y López, E. (2007). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 5(3), 85-91. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020205014>
- Carnielo, L. (2015). El psicólogo desde la perspectiva histórico-cultural: una década de diálogo con la cátedra. *Alternativas Cubanas En Psicología*, 3(7), 114-118. Recuperado de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nK9AwgI3aEkJ:https://www.acupsi.org/index/descargar.html%3Fid%3Darticulos/12-psicologo-historico-cultural-lmcarnielo.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
- Cea, J. (2015). *Metodologías Participativas en Salud Mental: Alternativas y Perspectivas de Emancipación Social más Allá del Modelo Clínico y Comunitario*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5895447.pdf>

David, R., Rodríguez, A., Araujo, M. y Franco, E. (2016). Los psicólogos que trabajan en unidades básicas de salud: informes distantes del SUS. *Actualidades en psicología*, 30(102), 71-83. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>

Desviat, M., y Moreno, A. (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>

Ferro, Rubén. (2010). Salud mental y poder: un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*. 14(2), 47-62. Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_2_07_art%204.pdf

González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

Granda, E. (2009). *La Salud y la Vida*. Quito: Imprenta Noción. Recuperado de <http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/67-la-salud-y-la-vida-volumen-1/file>

Ledesma, I., y Ballesteros, R. (2004). *Representación de Psicodiagnóstico y Evaluación Psicológica de Estudiantes de la Facultad de Psicología de La Unt- Un Estudio Comparativo*. Recuperado de <http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/posjornadasinve/area2/Identidad%20-%20sujetos/313%20-%20Ledesma%20y%20Ballesteros%20-%20UN%20Tucuman.pdf>

Menéndez, E. (1988). *Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ministerio De Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*. Recuperado de: instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/.../guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://www.catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>

Moras, P., y Caballero, C. (2016). Comunidades. Prácticas y reflexiones desde la psicología. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 4(11), 18-26. Recuperado de <http://acupsi.org/articulo/150/comunidades-prcticas-y-reflexiones-desde-la-psicologa.html>

Olvera, O. (2017). Repensando la salud mental. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 5(14), 99-104. Recuperado de <https://www.acupsi.org/articulo/192/repensando-la-salud-mental.html>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Trastornos Mentales*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Recuperado de apps.who.int/iris/.../Temas%20de%20salud%20mental%20en%20la%20comunidad.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Salud Mental, Guía Del Promotor Comunitario*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez, J. (2007). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 117-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020205014>

Saforcada, E. (2012). *Salud Comunitaria, Gestión de Salud Positiva y Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad*. Recuperado de: pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf

Siquier, M., García, M., y Grassano, E. (2003). *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. Recuperado de <https://mmhaler.files.wordpress.com/2013/04/las-tecnicas-proyectivas-y-el-proceso-psicodiganostico-siquier-de-ocampo.pdf>

Troiteir, R. (2015). Determinismo biológico Vs determinismo mediado en el desarrollo humano. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 3(7), 42-52. Recuperado de <http://acupsi.org/articulo/88/determinismo-biologico-vs-determinismo-mediado-en-el-desarrollo-humano.html>